

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 103

TRAVAIL DU CENTRE ANTICANCÉREUX DE LYON

Des sténoses péri-rectales
consécutives
au traitement par les agents physiques
du cancer du col utérin

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean MUGNIÉRY

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon

Né le 22 Septembre 1904 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

Des STÉNOSES PÉRI-RECTALES
CONSÉCUTIVES au TRAITEMENT par les AGENTS PHYSIQUES
du CANCER du COL UTÉRIN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 103

Des sténoses péri-rectales
consécutives
au traitement par les agents physiques
du cancer du col utérin

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean MUGNIÉRY

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph de Lyon

Né le 22 Septembre 1904 à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNEQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAUVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon),
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
SORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, *président* ; SANTY, *assesseur* ;
CHALIER A. et WERTHEIMER, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD
Professeur de clinique chirurgicale

Il nous fait connaître le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury.

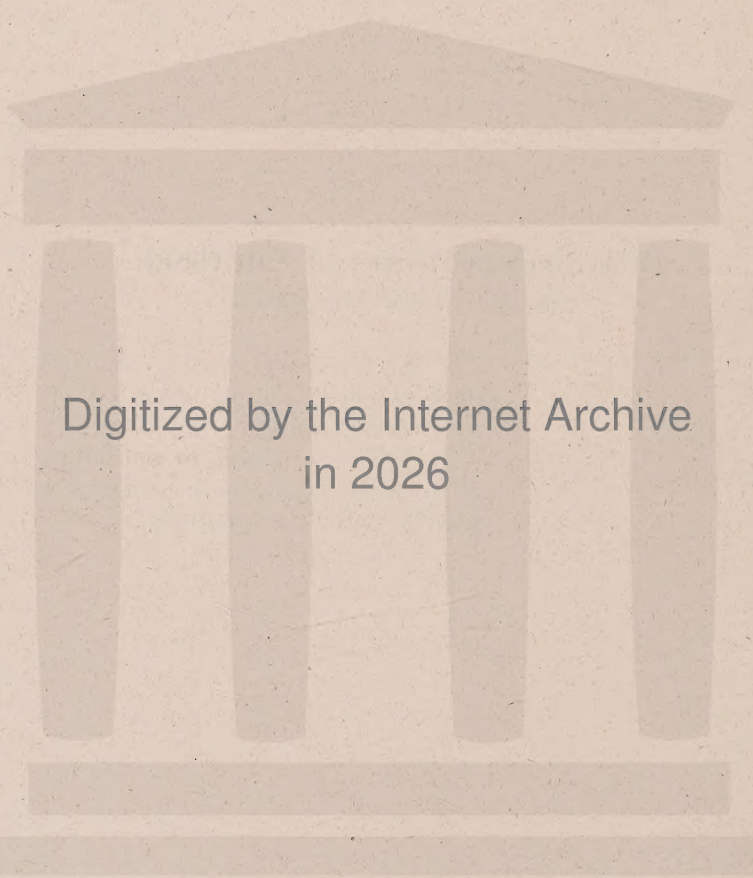
Qu'il veuille bien recevoir l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CREYSSEL

Chef de clinique chirurgicale

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a constamment aidé de ses conseils éclairés.

Il ne nous a ménagé ni son temps, ni sa peine; qu'il trouve ici l'expression de notre vive gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Des STÉNOSES PÉRI-RECTALES
CONSÉCUTIVES au TRAITEMENT par les AGENTS PHYSIQUES
du CANCER du COL UTÉRIN

Introduction

Depuis qu'à côté des interventions chirurgicales, le traitement par les agents physiques, radiumthérapie en particulier, a conquis une large place dans la thérapeutique des cancers, il est peu de lésions néoplasiques auxquelles on l'ait appliqué de façon aussi fréquente que le cancer du col utérin ; en effet, malgré les discussions souvent très vives qu'à provoquées la curiethérapie de ce néoplasme, malgré les indications très différentes reconnues à cette méthode par de nombreux auteurs, les uns lui réservant seulement les cas inopérables, d'autres voulant en faire une méthode générale supérieure à l'hystérectomie élargie dans le cas encore justiciable de cette opération, il n'en reste pas moins qu'elle s'impose comme seule méthode possible dans un grand nombre de cas vus trop tardivement pour que l'exérèse chirurgicale soit même à discuter. Aussi a-t-on pu étudier sur de larges statistiques ses résultats précoces ou éloignés, ses avantages et ses inconvénients.

Au cours des discussions suscitées par cette méthode, de nombreux auteurs ont insisté sur les accidents qui pouvaient succéder à l'application du radium au niveau du col utérin ; à côté des simples incidents de suites opératoires, (fièvre temporaire, accidents légers de résorption, etc...), des accidents graves ont été signalés, les uns immédiats ou précoces (infections graves, cellulites, péritonites, accidents urinaires, phénomènes de toxémie grave, morts presque subites, etc...), d'autres plus tardifs (fistules vésico et recto-vaginales, douleurs violentes et rebelles, etc...). Ils ont été fréquemment et longuement discutés.

Un accident éloigné de ce traitement nous a paru, au contraire, jusqu'à présent, assez peu connu et peu étudié. Nous voulons parler de troubles de canalisation au niveau du rectum, apparaissant plus ou moins tardivement après le traitement radiumthérapique, et pouvant aboutir à de véritables sténoses rectales.

Notre attention a été attirée vers l'étude de cette lésion par trois cas survenus dans le service du Professeur BÉRARD. Ce sont trois observations de sténoses rectales post-radiumthérapiques, les seules rencontrées au Centre anticancéreux de Lyon depuis sa fondation, alors que de très nombreux cas de néoplasmes utérins observés au stade d'inopérabilité ont été soumis au traitement par les agents physiques, radiumthérapie et radiothérapie pénétrante.

Aussi, aidé et inspiré par M. le Docteur J. CREYSSEL, chef de clinique chirurgicale, il nous a paru intéressant de rechercher dans la littérature les observations antérieurement publiées, de nous documenter auprès

de nos maîtres lyonnais et des directeurs des différents centres anticancéreux de France sur la fréquence de cette lésion, et d'en ébaucher, autant que possible, les conditions étiologiques et pathogéniques, les modalités cliniques, le pronostic et le traitement.

Nous nous excusons dès maintenant de l'insuffisance et de la brièveté de ce travail ; nous nous sommes aperçu, en effet, au cours de nos recherches bibliographiques, que cette question était entièrement neuve ; nous ne pouvons donc présenter ici qu'un essai, qui devra subir, lorsque la question sera mieux étudiée, une refonte totale.

Nous nous reprocherions de terminer ce court exposé sans apporter ici le témoignage de notre reconnaissance et nos remerciements à ceux qui ont bien voulu faciliter notre tâche — nous voulons nommer H. BAILEY, J.-L. FAURE, E. FORGUE, Cl. REGAUD, J. ROY, SANTY, qui ont eu l'amabilité de rechercher dans leurs dossiers les observations susceptibles de nous intéresser.

CHAPITRE PREMIER

Définition - Historique

Avant d'aborder l'étude des sténoses péri-rectales consécutives à la curiéthérapie des cancers utérins, il importe de bien préciser ce que nous entendons par ces termes.

Il est bien évident, en effet, qu'il faut éliminer du cadre de cette étude les sténoses rectales secondaires à l'extension du néoplasme aux ligaments utéro-sacrés et au tissu cellulaire pelvien, ou même à l'envahissement des parois du canal rectal après un traitement radiumthérapique qui n'a pu enrayer définitivement l'évolution du néoplasme. Cette distinction, évidente au point de vue théorique, pourra, en pratique, on le verra, prêter à des difficultés de diagnostic dans certains cas ; il n'en est pas moins essentiel de la bien poser.

De même, nous n'envisageons ici que les troubles

de canalisation relativement tardifs et permanents ; en effet, l'existence d'une rectite passagère après curiethérapie pour cancer du col est un fait banal : la plupart des auteurs ont observé dans un certain nombre de cas, quelques jours après l'application de radium, une phase très nette de rectite plus ou moins accusée avec ténésme et émission de glaires sanguinolentes. Il s'agit de phénomènes qui peuvent marquer le début de l'évolution d'une sténose, mais le plus souvent, ils cèdent rapidement et ne laissent aucun reliquat.

Ainsi définies, les sténoses péri-rectales vraies consécutives à la radiumthérapie du cancer cervico-utérin peuvent être, à priori, de deux ordres. Il peut exister, en effet, d'une part des rétrécissements muqueux par lésion de sclérose de la tunique interne du rectum, analogues aux rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par exemple. Ces rétrécissements sembleraient, tout naturellement, devoir succéder aux phénomènes de rectite consécutifs au traitement, lorsque ceux-ci sont intenses. En fait, et, bien que cela puisse paraître étonnant, nous n'en avons pas rencontrés.

Il peut exister, d'autre part, des sténoses péri-rectales, par lésion cicatricielle pure ou sclérose inflammatoire du tissu cellulaire péri-rectal, avec muqueuse saine. C'est dans ce cadre, on le verra, que rentrent nos observations.

Quoiqu'il en soit, on est surpris, au cours des recherches bibliographiques, de constater combien ces sténoses rectales post-radiumthérapiques ont provoqué peu d'études.

En France, nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de trouver des travaux consacrés à cette question ; nous avons donc fait une enquête personnelle auprès des différents centres anticancéreux. Aucun cas analogue n'a été trouvé. Cependant, J.-L. FAURE nous dit avoir observé deux cas de fistule recto-vaginale, au-dessus d'un rétrécissement plus ou moins net, ayant nécessité l'établissement d'un anus iliaque. REGAUD nous signale un cas d'ulcération nécrotique de la paroi antérieure du rectum avec production d'une cicatrice fibreuse sans rétrécissement.

Au centre de Montpellier, FORGUE n'a pas relevé de rétrécissement rectal cliniquement et objectivement manifeste.

Au centre de Nancy, ROY nous répond avoir constaté, en dehors de l'observation de sténose vraie que nous rapportons, l'établissement, après une phase de rectite, d'un croissant scléreux sur la face antérieure du rectum, croissant décelé par le doigt, mais dont la présence ne va pas jusqu'à déterminer de la sténose.

A l'étranger, quelques travaux seulement ont été publiés.

En Allemagne, KOLDE signale l'existence de fistules recto-vaginales, mais non de sténose rectale.

En Amérique, par contre, il semble que cette lésion ait été plus souvent observée. En 1917, H. BAILEY écrivait : « Le rétrécissement du rectum et les fistules recto et vésico-vaginales ont été notées trop souvent (et il est probable que beaucoup de cas n'ont pas été rapportés) dans nos principales cliniques pour que nous osions dire que le radium puisse être utilisé sans aucune crainte ».

En 1919, il revenait sur cette question et signalait l'existence de stricture rectale. Pour lui, d'ailleurs, le nombre de cas rapportés, eu égard à la quantité de malades traitées par le radium, était certainement de beaucoup inférieur à la réalité.

On voit donc que, de connaissance récente, la question des sténoses rectales demande à être précisée par de nouveaux travaux. Aussi n'est-il pas inutile d'attirer l'attention sur elle.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

Mme S..., née A..., 62 ans.

La malade est envoyée par le Docteur Denis, de Mâcon, en avril 1926, avec le diagnostic d'épithélioma du col, dont les premiers signes remontaient à deux mois.

La malade a été mariée, a eu sept enfants. Ménopause à 53 ans.

L'affection a débuté, il y a un mois et demi à deux mois, par des douleurs basses abdominales, des pertes blanches continues nauséabondes dont l'abondance a augmenté progressivement. Il faut signaler qu'il n'y a pas eu de métrorrhagies.

Au toucher. — Le col est induré, un peu gros, entr'ouvert, l'utérus est mobile en antéversion, le cul-de-sac gauche est libre, les ligaments larges sont également libres des deux côtés. La *cloison recto-vaginale* est indurée à gauche. Le palper abdominal est douloureux à gauche.

Biopsie (Docteur Dunet). — Epithélioma malpighien du

type spino-cellulaire avec de nombreuses formations cornées et un stroma d'abondance moyenne.

Traitement. — Du 7 au 20 avril 1926, on fait un traitement radiothérapique : 54 H par porte d'entrée antérieure et postérieure, latérale droite et gauche, sur les paramètres.

Le 10 avril 1926, application de cinq tubes de 13,2 milligrammes de radium-élément pendant six jours (72 millicuries détruites) avec gaine platine et or.

La malade est revue le 12 mai ; le col est encore dur, induré et ulcéré ; les culs-de-sac sont libres, ainsi que les paramètres.

Deux ans après, le 7 février 1928, la malade écrit qu'elle se trouve en parfaite santé, ne ressentant plus rien.

Le 15 février 1928, le toucher rectal montre, à 10 centimètres au-dessus de l'anus, un rétrécissement cicatriciel qui admet à peine le bout du doigt. L'interrogatoire ne révélait aucun symptôme fonctionnel pouvant attirer l'attention du côté du rectum.

Le 9 février 1929, trois ans après son traitement par les agents physiques, la malade écrit qu'elle va bien. Du côté utérin, aucun trouble ; pas de pertes rouges ou jaunâtres. Par contre, les urines sont légèrement rougeâtres. La malade accuse cependant une constipation opiniâtre, l'obligeant à un emploi régulier de laxatifs doux. Pas de sang dans les selles.

OBSERVATION II

Mme A..., née F..., 54 ans.

La malade est envoyée par le Docteur Pain, de Bourbon-Lancy, pour un épithélioma du col qui se serait manifesté en juillet 1927.

A cette époque, la malade, qui ne signale rien dans ses antécédents, pas de grossesse, avait présenté une métrorrhagie peu abondante, suivie de pertes irrégulières, jaunâtres, fétides ; progressivement, apparition de quelques douleurs pelviennes sourdes, discontinues. Amaigrissement. Asthénie.

Le Docteur Pain est consulté en février 1928 et fait le dia-

gnostic d'épithélioma du col avec infiltration des culs-de-sac et l'envoi au centre anticancéreux de Lyon.

A l'entrée, le 23 février 1928, la malade présente encore des pertes peu abondantes, jaunâtres ou rouges, avec des caillots ; amaigrissement notable.

Au toucher vaginal. — On sent, au niveau du col, une tumeur bourgeonnante étendue aux lèvres antérieures et postérieures et envahissant le cul-de-sac droit avec infiltration du paramètre droit ; l'envahissement est moins prononcé à gauche. Les lésions paraissant dépasser les limites de l'opérabilité, on décide un traitement par les agents physiques.

Le 25 février 1928 (Docteur Creyssel), application de trois tubes de 13,2 milligrammes de radium-élément, placés dans la cavité utérine avec simple filtration par gaine de platine et caoutchouc pendant six jours (43,2 millicuries détruites).

Le 8 mars 1928, deuxième application vaginale au niveau du col de trois tubes de 13,2 milligrammes de radium-élément avec filtration platine, caoutchouc noir et gaze pendant quatre jours (28,8 millicuries détruites).

Du 26 mars au 7 avril (Docteur Novel), traitement radiothérapique de 60 H par porte d'entrée antérieure et postérieure, latérale droite et gauche sur les paramètres.

La malade quitte le service ensuite. Dès avant l'application, le 14 mars 1928, on avait noté une rétrocession considérable des lésions ; le vagin semblait se cicatriser.

Le 6 septembre 1928, la malade est revue ; depuis son traitement, son état général ne s'est pas relevé ; depuis trois semaines elle signale l'apparition d'un syndrome intestinal avec douleur, à point de départ anal irradié, dans tous les sens, sans rapport avec le transit des matières. Alternative de diarrhée et de constipation. Emission de glaires et de filets de sang après la défécation. Douleur peu intense en ceinture au bas-ventre ; urines légèrement troubles.

Au toucher. — Vagin en cul-de-sac à fond cicatriciel, mais assez souple ; plus d'ulcération, mais il est impossible de reconnaître le col.

Au toucher en ciseau. — A la partie moyenne du rectum, un anneau est franchi aisément, limité latéralement par une infiltration dure du paramètre, mais sans lésion muqueuse. Le doigt ne ramène pas de sang ; pas d'hémorroïdes visibles.

Le 19 septembre 1928, un nouveau toucher recto-vaginal confirme le premier examen, il montre qu'il n'y a pas de récédive au niveau des culs-de-sac, mais que la sténose rectale est bien péri-rectale, correspondant à une infiltration dure de la base des ligaments large et utéro-sacré droits; à une infiltration moins marquée à gauche.

L'examen radioscopique montre une sténose très marquée au niveau du gros intestin; la baryte, complètement rassemblée au bout de quarante-huit heures, n'a pas progressé vingt-quatre heures après.

Traitement diathermique. — Après trois séances, on peut passer une bougie n° 22.

Le 11 février 1929, la malade écrit qu'elle va bien. Plus de douleurs abdominales. Pas de douleurs anales, pas de constipation, mais émission de glaires et de filets de sang. Légers signes de cystite. Du côté du vagin, rien à signaler.

OBSERVATION III

Mme Bl... Eu..., 51 ans.

En juillet 1928, la malade vient consulter au centre anticancéreux de Nancy pour des métrorrhagies datant de quatre mois. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels. La malade a eu quatre grossesses et a actuellement deux enfants bien portants.

Entéro-colite en 1918.

L'affection actuelle aurait débuté en automne 1927; la malade qui, depuis longtemps, présentait des pertes jaunâtres, a accusé à cette époque des douleurs dans les lombes et dans la fosse iliaque gauche, bientôt accompagnées de pertes rouges irrégulières, qui durent depuis quatre mois. Les douleurs se sont accentuées, s'irradient dans la cuisse gauche, empêchant le sommeil. Constipation, selles parfois difficiles, mictions fréquentes et peu abondantes.

Au toucher. — Col cratériforme, fongueux, saignant, cul-de-sac gauché comblé, mais sa muqueuse reste lisse. Indura-

tion du paramètre gauche perçue au toucher en ciseau ; on perçoit en outre un ganglion sacré du volume d'une petite noix à bout de doigt.

Biopsie (Professeur Hoche). — Epithélioma pavimenteux lobulé à globes concentriques ; peu de mitoses, stroma leucocytaire.

Le traitement est appliqué à titre purement palliatif en raison de l'étendue des lésions.

Le 23 juillet 1928 (Docteur Roy), application de trois tubes de 10 milligrammes de radium-élément au contact du col sans qu'on cherche à placer le radium intra-utérin, en raison du danger qu'il y aurait à dilater le canal cervico-utérin avant d'avoir nettoyé le col.

En même temps, on place un tube de 10 milligrammes de radium-élément intra-rectal. La filtration est de 2 centimètres de plomb plus liège. Les tubes vaginaux sont laissés six jours et demi (36,23 millicuries détruites), le tube rectal est laissé trois jours (5,4 millicuries détruites).

Le 12 septembre 1928, la malade est vue à la consultation du centre anti-cancéreux de Lyon, adressée avec son dossier par le Professeur Hoche. On note à l'examen une amélioration certaine et considérable. L'utérus est mobile, le col souple ; il existe un assouplissement très net du cul-de-sac gauche au niveau duquel on sent une cicatrice.

Au point correspondant du rectum, on sent un petit anneau relativement souple, correspondant à une sténose nette et limitée. Peu de gêne à la défécation. Il ne paraît pas s'agir d'une lésion de la paroi de la muqueuse, mais plutôt d'une infiltration de la sous-muqueuse. La malade est soumise au traitement diathermique du rectum par le Docteur Novel.

Le 9 janvier 1929, la malade est très améliorée, le toucher vaginal montre au fond du vagin une cicatrice souple, sans infiltration des ligaments larges. Au toucher rectal, rectum très assoupli.

Le 11 février 1929, la malade écrit qu'elle va bien ; elle se plaint cependant de constipation, les selles présentent parfois des filets de sang. Elle a trouvé, dit-elle, un soulagement considérable dans le traitement diathermique. Du côté utérin, pas de douleurs, pas de pertes rouges ou jaunâtres.

Le 15 mai 1929, la malade est revue. L'état général est excellent. Pas de troubles fonctionnels ; un peu de constipation cependant, facilement jugulée par l'usage répété de lavatifs doux. Il n'y a pas de pertes nouvelles.

Au toucher vaginal, bon état de la cicatrice cervicale, qui ne présente aucune trace de récidence. Pas de modification de l'état antérieurement observé au niveau des paramètres.

Au toucher rectal, muqueuse souple ; on perçoit très nettement, à 8-9 centimètres de l'anus, un anneau aisément dilatable, sur lequel la muqueuse glisse avec facilité.

Examen rectoscopique (Docteur Sargnon) (15 mai 1929). — L'examen rectoscopique montre nettement le siège du rétrécissement apparaissant sous la forme d'une zone blanchâtre à bords souples, située à 8-9 centimètres de l'anus. Cette zone blanchâtre est limitée du côté de la lumière du conduit par un rebord annulaire net, mais souple, dépressible, et qui se laisse franchir aisément par un rectoscope de 2 cm. 5 de diamètre. Au-dessous de cette zone blanchâtre, limitée en dehors par une ligne très nette, un peu dentelée, la muqueuse rectale est rouge, assez inflammatoire, oedématisée, mais sans production de varices ni de formation papillomateuse. Au-dessus du rétrécissement, la muqueuse est un peu enflammée, avec quelques points sanguinolents, mais très rapidement, au bout de quelques centimètres, elle redevient saine et d'aspect normal.

Examen radioscopique. — Après lavement baryté, on constate un rétrécissement en virole à 8 centimètres environ au-dessus de l'anus, qui donne au rectum l'aspect bilobé d'une brioche.

OBSERVATION IV

H. BAILEY (*The american journal of obstetrics and Diseases of Women*, 1919).

Il s'agit d'une malade présentant un carcinome épidermoïde. L'affection apparaissait nettement limitée au col.

Le 11 mai 1916, traitement curiéthérapique, 1800 mchr dans une gaine de platine dans le col, puis de nouveau 1600 mchr le 18 mai.

De plus, le 11 mai, 2000 mchr furent donnés directement à travers le col avec filtration plomb.

Un mois après environ, le Docteur Ewing pratique une hystérectomie totale. A l'examen histologique, il n'y a plus de cellules cancéreuses dans les fragments examinés.

L'état de la malade s'améliora et pendant quelques mois elle sembla guérie ; puis elle présenta un « pont » d'induration au niveau des ligaments utéro-sacrés, comprimant le rectum.

La malade mourut en 1917 après avoir subi deux nouveaux traitements.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

Il est difficile, en raison du petit nombre de renseignements obtenus, d'écrire un chapitre précis sur les conditions étiologiques et pathogéniques de ces sténoses. Ce chapitre ne saurait donc être qu'un essai très provisoire.

Fréquence générale

La fréquence des sténoses péri-rectales post-radium-thérapeutiques paraît très faible ; peut-être, comme on le verra plus loin, les signes fonctionnels étant souvent vagues, parfois inexistantes, sont-elles en réalité plus fréquentes, mais passent-elles souvent inaperçues.

Au centre anticancéreux de Lyon, où l'on recherche

systématiquement l'existence des sténoses rectales, plusieurs mois après le traitement, deux cas seulement ont été observés, en dehors de celui (observation III) traité à Nancy et dont on dut s'occuper à Lyon de dilater le rectum. Or, sur 253 malades atteintes de néoplasme du col utérin, 149 ont été traitées par les agents physiques seuls (radium, radium et rayons X, rayons X) ; ces chiffres donnent donc une fréquence de 2 % environ des cas traités pour les lésions de sténose rectale.

Au « Memorial Hospital » de New-York, H. BAILEY nous écrit que ses statistiques relèvent 5 % environ de sténose rectale.

Fréquence suivant les facteurs étiologiques

Peut-on établir une relation entre l'apparition de cette lésion et certaines conditions étiologiques particulières ?

A. — Age

L'âge ne paraît pas pouvoir être mis en cause ; nos trois observations concernent des malades âgées d'environ 55 ans, l'âge ordinaire des cancers, ce facteur, par conséquent, ne semble nous fournir aucune indication étiologique.

B. — *Forme et degré d'évolution*

La forme et le degré d'évolution anatomique paraissent constituer des facteurs de beaucoup plus grande importance.

H. BAILEY avait déjà remarqué que toutes celles de ses malades qui présentèrent, après traitement radium-thérapique, un « pont » de tissu cicatriciel épaissi à travers le petit bassin au niveau du bord inférieur des ligaments larges, avaient, antérieurement au traitement, *un empâtement net des paramètres*. Il en est de même dans les observations que nous présentons. Dans tous les cas, en effet, on était en présence de néoplasmes du col arrivés dans un état assez avancé, interdisant toute tentative d'exérèse chirurgicale ; et surtout (fait important à retenir et qui doit être le principal facteur étiologique), qui présentaient *un envahissement constant des tissus cellulaires péri-utérins*. Ce fait est souligné dans toutes nos observations, et explique que dans aucun de ces cas on n'ait pu discuter le traitement chirurgical des lésions.

C. — *Mode d'application*

Le mode d'application du traitement par les agents physiques est, lui aussi, un point intéressant à étudier, car, de la technique utilisée, des doses employées, il serait peut-être possible de dégager une nouvelle donnée étiologique.

Nous envisagerons donc successivement la dose,

la durée d'application, la filtration, le lieu d'application, enfin l'association de la radiothérapie.

Voici quelles ont été, dans nos observations, ces modalités thérapeutiques :

OBSERVATION I

Dose : 5 tubes de 13,2 milligrammes de radium-élément (72 millicuries détruites).

Durée : 6 jours.

Filtration : Platine et or.

Radiothérapie antérieurement à la radiumthérapie, 54 H par porte d'entrée antérieure et postérieure, latérale droite et gauche sur les paramètres.

OBSERVATION II

Première application

Dose : 3 tubes de 13,2 milligrammes de radium-élément (43,2 millicuries détruites).

Durée : 6 jours.

Filtration : Platine, caoutchouc.

Lieu d'application : Cavité utérine.

Deuxième application

Dose : 3 tubes de 13,2 milligrammes de radium-élément (28,8 millicuries détruites).

Durée : 4 jours.

Filtration : Platine, caoutchouc noir.

Lieu d'application : Vagin.

Radiothérapie : 60 H par porte d'entrée antérieure et postérieure, latérale droite et gauche sur les paramètres.

OBSERVATION III

Dose : 1° 3 tubes de milligrammes de radium-élément (36,23 millicuries détruites).

2° 1 tube de 10 milligrammes de radium-élément (5,4 millicuries détruites).

DURÉE : 1° 6 jours et demi.

2° 3 jours.

FILTRATION : 1° 2 cm. plomb et liège.

2° 2 cm. plomb et liège

LIEU D'APPLICATION : 1° Au contact du col.

2° Rectum.

Il résulte évidemment de cet exposé que, dans tous les cas, LES DOSES utilisées ont été des doses fortes, mais ce sont là les doses employées au centre anticancéreux de Lyon ; il semblerait donc que, si l'intensité du traitement devait être mis en cause, on aurait observé beaucoup plus souvent des sténoses rectales.

LA FILTRATION paraît pouvoir également être mise hors de cause. Nos trois observations présentent, en effet, trois filtrations différentes, platine et or, platine seul, plomb et liège ; il ne semble donc pas possible que ces trois modes différents d'application, d'ailleurs utilisés pour beaucoup d'autres malades, aient laissé la même séquelle rectale.

LE LIEU D'APPLICATION pourrait, à priori, entrer en ligne de compte et être retenu. Dans l'observation III, sans doute, l'application d'un tube intra-rectal peut paraître être l'origine de la lésion. Nous n'en croyons rien pourtant ; sans nier, en effet, dans ce cas particulier, une action possible de l'application rectale, il est évident qu'on n'en peut tirer des conclusions générales, puisque la même lésion, dans des cas où une technique très différente avait été appliquée, est apparue dans le même délai.

Faut-il retenir, comme facteur étiologique, l'association de la radiothérapie à la radiumthérapie ? Nous ne le croyons pas non plus pour les mêmes raisons, à savoir que la radiothérapie n'a été utilisée que chez les malades des observations I et II, et que, utilisée de même chez nombre d'autres malades, elle n'a pas produit le même effet.

Aucun facteur étiologique n'apparaît donc comme devant dominer le problème pathogénique dans ces sténoses post-radiumthérapiques, sauf, peut-être, *l'extension primitive des lésions* (ce n'est, on l'a vu, que dans des épithéliomas avec invasion du tissu cellulaire pelvien et large extension lymphatique qu'on voit apparaître des séquelles au point de vue du calibre rectal), et *une application de doses fortes*, pendant un temps assez long. Tels paraissent les *deux seuls facteurs étiologiques constants* ; or, ils existent, au même degré, dans nombre d'observations où n'apparaissent pas de sténoses.

La PATHOGÉNIE de ces sténoses reste donc à priori, assez obscure, et il est bien évident qu'il est difficile de conclure d'une façon certaine en faveur d'une théorie pathogénique. *Trois hypothèses* peuvent être discutées, nous les envisagerons successivement.

A. — Une première peut attribuer ces accidents de sténose à des *fautes de technique*. Les conditions dans lesquelles nous les avons observées permettant d'éliminer cette interprétation qui ne serait applicable d'ailleurs qu'à la malade de l'observation III, chez laquelle des conditions particulières ont nécessité une application intra-rectale. Mais il semblerait que, dans ce cas,

la lésion aurait pris l'apparence d'une cicatrice muqueuse ; or, il n'en a rien été, la muqueuse est restée parfaitement saine glissant sur l'anneau fibreux sténosant.

Cette théorie paraît donc à rejeter ; elle ne pourrait s'appliquer qu'aux cas — non rencontrés par nous — de rétrécissements muqueux.

B. — Une deuxième théorie peut attribuer l'apparition de la sténose au développement d'une *cicatrice péri-rectale rétractile*, consécutive à la fonte du tissu cellulaire des paramètres, en particulier les ligaments utéro-sacrés envahis par le cancer.

Il ne nous semble pas inutile, à l'appui de ces hypothèses, de rappeler en quelques lignes la disposition anatomique du tissu cellulaire et des lymphatiques péri-rectaux et péri-cervicaux.

Au-dessous du cul-de-sac péritonéal, le rectum pelvien est entouré d'une gaine celluleuse ou plutôt cellulovasculaire, au sein de laquelle cheminent des vaisseaux et des lymphatiques. *Cette gaine cellulo-fibreuse fait le tour du rectum et l'encercle en formant un cylindre complet.* Elle est dans la plupart des cas nettement différenciée, épaisse, résistante, élastique, et se compose de faisceaux de tissus conjonctifs plus ou moins infiltrés de graisse, adhérant assez faiblement aux parois rectales qu'on peut ainsi décoller en découvrant une véritable cavité : la cavité péri-rectale.

Sur les parties latérales du rectum, en particulier, Pierre DELBET a décrit une lame aponévrotique qu'il a désignée sous le nom d'aponévrose sacro-recto-génitale. Naissant sur le sacrum, au niveau des deuxième

et troisième trous sacrés, cette aponévrose se porte en avant sur la paroi latérale du rectum et va se fixer sur la face postérieure de l'utérus et du vagin. Cette aponévrose, appelée encore l'aponévrose postérieure du ligament large, est en réalité une condensation du tissu cellulaire autour des vaisseaux latéraux rectaux, en dehors de la gaine nerveuse du plexus hypogastrique avec laquelle elle constitue, sous la séreuse, les ligaments utéro-sacrés. Or, dans l'atmosphère cellulomusculaire de ces ligaments, qui enserrrent ainsi les parois latérales du rectum, cheminent de nombreux lymphatiques qui constituent un des pédicules lymphatiques du col utérin. Ces lymphatiques se portent en arrière, passent sur les côtés du rectum, et arrivent sur la face antérieure du sacrum où ils se terminent, soit dans les ganglions pré-sacrés, soit dans les ganglions du promontoire. Ainsi, dans toute leur étendue, ils cheminent dans la gaine péri-rectale que nous avons décrite.

On voit donc, par cette courte description, que le rectum pelvien baigne, en quelque sorte, dans une atmosphère de tissu cellulo-graisseux où passent des lymphatiques efférents du col utérin. Cette disposition anatomique permet d'expliquer, d'une part l'existence d'un ganglion sacré (observation III), d'autre part l'envahissement de ce tissu lâche par des coulées néoplasiques ou inflammatoires, susceptibles de fondre ou de se cicatriser, en laissant un anneau sténosant scléreux qui vient plus ou moins comprimer le canal rectal.

En faveur de l'hypothèse pathogénique qui attri-

buerait l'apparition de la sténose au développement d'une *cicatrice péri-rectale* rétractile, consécutive à la fonte du tissu néoplasique au niveau du tissu cellulaire des paramètres, on relève évidemment le fait que chez toutes nos malades les paramètres sont largement envahis ; en effet, nous notons :

OBSERVATION I. — Ligaments larges libres, mais *induration péri-rectale* très prononcée.

OBSERVATION II. — *Paramètre infiltré à droite*, légèrement à gauche.

OBSERVATION III. — *Paramètre gauche infiltré, ganglion sacré*.

Ces observations semblent donc appuyer la théorie de la substitution du tissu de cicatrice au tissu néoplasique des paramètres. Mais contre cette interprétation, nous relevons le fait que dans nombre de cas où les paramètres étaient envahis de même façon, l'action du radium n'a pas amené de sténose. Il faut donc qu'un facteur supplémentaire intervienne et se surajoute à la simple formation de la cicatrice habituelle.

C. — On peut émettre l'hypothèse que ce facteur supplémentaire est constitué par l'existence d'une *infiltration inflammatoire* du tissu cellulaire pelvien, surajoutée à l'infiltration néoplasique. En effet la paramétrite inflammatoire est d'observation assez fréquente dans le néoplasme cervico-utérin, mais il est difficile de dire le plus souvent quelle est, dans l'empâtement péri-utérin observé, la part de l'infiltration néoplasique et la part de l'infection. On peut donc penser que l'existence, dans certains cas, de ces lésions, favorise la formation de coulées cicatricielles hyper-

trophiques, origine de sténose péri-rectale. Il est difficile pourtant de faire la preuve de cette pathogénie, en raison précisément de la difficulté du diagnostic entre lésions purement inflammatoires et néoplasiques. On peut même penser que, s'il s'était agi d'une cicatrisation de lésions infectées, on aurait observé très probablement une poussée thermique assez accentuée (BAUD, Thèse Paris, 1923) ; or, dans nos observations, aucune élévation appréciable de température n'a été relevée après la radiumthérapie. Il s'agit donc là d'une simple hypothèse qui demande encore confirmation.

En somme, nous nous trouvons en présence de faits assez contradictoires, excluant peut-être l'idée d'une pathogénie unique. *La seule notion certaine est qu'il peut apparaître, après la radiumthérapie, des sténoses rectales qui ne sont pas dues à l'extension du néoplasme.* Outre les signes cliniques différents, la persistance de la guérison obtenue, la disparition complète des troubles fonctionnels, l'amélioration rapide de ces sténoses par la simple dilatation diathermique en prouveraient le caractère purement cicatriciel.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

A. — Existe-t-il des signes prémonitoires de la sténose rectale ?

On peut se demander, devant l'existence des signes de sténose rectale constituée, constatée au bout de quelques mois chez certaines malades, s'il existe des signes prémonitoires, ou une phase de début cliniquement décelable de la sténose rectale ; son existence présenterait le double intérêt d'un diagnostic précoce et de la possibilité d'un traitement prophylactique.

Sans doute, dans les quelques semaines qui suivent le traitement, il est fréquent, on l'a vu, d'observer des signes de rectite plus ou moins accusés, généralement assez atténués. Ce sont des douleurs vives, localisées à l'anus, quelquefois continues, le plus souvent inter-

mittentes, marquées surtout dans la station debout, s'exaspérant pendant la défécation. Il se produit en même temps des écoulements muco-purulents, parfois sanguinolents. En général, cependant, ces signes ne sont pas au complet et ne présentent que rarement une telle acuité. On observe plutôt simplement une sensation de pesanteur locale accompagnée d'écoulements anormaux peu importants.

Ces troubles fonctionnels peuvent attirer l'attention du côté du rectum ; mais si l'on examine ces malades, on est très étonné, après quelques semaines, de ne trouver dans l'ampoule rectale aucun reliquat de l'inflammation antérieure. Quelquefois pourtant, comme l'a noté M. le Docteur Roy, au centre anticancéreux de Nancy, le doigt sent un petit croissant scléreux sur la face antérieure du rectum, sans qu'il y ait de sténose nette, ni de signes fonctionnels consécutifs.

Ces symptômes pourront-ils constituer vraiment les signes de début d'une sténose rectale du type de celles que nous étudions ? Le fait paraît douteux, en effet, nos observations ne rapportent aucun cas de sténose consécutive à des phénomènes de rectite. Il s'est agi toujours uniquement d'une sténose péri-rectale ; la muqueuse rectale absolument saine, souple, glissant facilement sur la sous-muqueuse. La bride cicatricielle perçue par le doigt paraît nettement péri-rectale. Il semble donc bien qu'il s'agit là de deux modalités réactionnelles différentes, l'une muqueuse, l'autre péri-rectale, et qu'on ne puisse pas établir entre elles de lien ni dans le temps, ni dans la succession des faits,

B. — Signes de la sténose constituée

La sténose constituée paraît donc seule avoir une individualité clinique ; encore faut-il remarquer que les signes en sont assez peu nets et constants. Les troubles fonctionnels, en effet, contrairement à ce que l'on pourrait penser sont très peu accusés ; c'est, tout au plus, s'il existe quelques troubles de la défécation, selles rares et pénibles s'accompagnant d'un léger ténesme, matières plus ou moins déformées, alternative de diarrhée et de constipation. Mais parfois ils sont nuls ; c'est un examen qui fait découvrir la sténose.

Le retentissement de cette lésion sur l'état général est peu marqué tant que les symptômes fonctionnels et les troubles de canalisation sont eux-mêmes peu intenses ; nos malades, qui présentaient un anneau cicatriciel serré, ont été améliorées par un traitement diathermique avant la phase où les lésions auraient pu véritablement atteindre l'état général. Mais il est logique de penser que, sans thérapeutique active, on eut observé assez rapidement une modification de l'état de nos malades : digestions difficiles, ballonnement abdominal, intoxication stercorémique, bref la symptomatologie habituelle de l'obstruction chronique du gros intestin.

Les signes physiques constituent presque à eux seuls toute la symptomatologie. Le toucher rectal montre à 8, 10 centimètres au-dessus de l'anus, le plus souvent à la partie moyenne ou haute de l'ampoule, une

stricture donnant l'impression d'une *cicatrice péri-rectale sur laquelle la sous-muqueuse glisse avec facilité*. Le doigt a la sensation de pénétrer dans un anneau dur, souple ou inextensible, plus ou moins serré, constitué uniquement par une sclérose péri-rectale. En introduisant l'extrémité du doigt seulement, on obtient facilement un glissement de la muqueuse rectale sur l'anneau sténosant.

Cette stricture rectale présente des dimensions et une consistance variables. Chez la malade de l'Observation I en effet, à 10 centimètres de l'anūs, on sent un rétrécissement *très dur* qui admet à peine *le bout du doigt*. Chez la malade de l'observation II, au contraire, il y a un anneau que l'on franchit aisément. La malade de l'observation III présente, par contre, un *petit anneau* relativement souple.

À côté du toucher rectal, signe de première importance, le seul souvent que l'on recherchera, la rectoscopie et la radioscopie permettent de faire un examen complet du rectum et de sa muqueuse, de rechercher l'existence de sténose plus haut située.

L'examen rectoscopique pratiqué chez la malade de l'observation III, montre le siège du rétrécissement qui apparaît sous la forme d'une zone blanchâtre à bords souples, située à 8, 9 centimètres de l'anūs. Cette zone blanchâtre est limitée du côté de la lumière du conduit par un rebord annulaire net, mais souple, dépressible et qui se laisse franchir aisément par un rectoscope de 2 cm. 5 de diamètre. Au-dessous du rétrécissement, la muqueuse rectale est rouge, assez inflammatoire, œdématiée. Au-dessus, elle est un peu

enflammée, mais redevient rapidement saine et d'aspect normal.

L'examen radioscopique, après lavement baryté, montre un rétrécissement en virole à 8, 10 centimètres de l'anus qui donne au rectum l'aspect bilobé d'un sablier.

CHAPITRE V

Diagnostic

Diagnostic positif

Le diagnostic de sténose péri-rectale apparaît facile à poser. Les anamnestiques, les troubles fonctionnels, attirent l'attention du côté du rectum et font rechercher les signes physiques d'un rétrécissement possible. Le toucher rectal suffit, à lui seul, à assurer le diagnostic ; il permet de sentir, nous l'avons vu plus haut, à 8, 10 centimètres au-dessus de l'anus une stricture nette, un anneau cicatriciel dont la lumière peut présenter des dimensions variables.

Le cathétérisme du rétrécissement permet d'en étudier le calibre, la longueur, la consistance. Il est le plus souvent inutile et pourra être remplacé par la rectoscopie qui donnera des renseignements importants sur l'état de la muqueuse rectale.

Diagnostic différentiel

Nous avons vu que le diagnostic de sténose ne présentait aucune difficulté ; mais il n'est pas toujours aussi aisé d'en découvrir la cause étiologique, indispensable pour établir un pronostic et instituer une thérapeutique appropriée.

Nous aurons à discuter dans ce paragraphe la nature de la sténose constatée. Nous devons, en effet, éliminer les sténoses dues à une lésion de radiodermite de la muqueuse succédant à une phase de rectite plus ou moins accusée, à la compression du rectum par une masse pelvienne, soit néoplasique, soit inflammatoire, ou à l'extension des lésions néoplasiques aux parois rectales.

La sensation obtenue par le doigt rectal permettra de dire, mais non toujours, si l'on se trouve en présence d'une sténose péri-rectale ou bien d'une sténose intéressant la muqueuse. La rectoscopie, au besoin, peut trancher ce diagnostic.

Le toucher vaginal, la palpation des fosses iliaques, ajoutés à la notion des antécédents, du traitement antérieur, de l'état général, pourront faire penser à la possibilité de la présence d'une masse néoplasique ou inflammatoire intéressant tout le petit bassin et encerclant le rectum.

Le diagnostic différentiel apparaît en réalité beaucoup plus difficile, et il est parfois impossible de savoir, en dehors de l'évolution ultérieure, si la sténose

constatée est due à un processus cicatriciel ou à un processus squirrheux en évolution. Nous en avons un exemple dans l'observation d'une malade, morte 2 ans après le traitement radiumthérapique et, qui présentait une sténose rectale assez serrée, à la partie moyenne de l'ampoule, apparue 6 mois environ après l'application du radium. L'évolution ultérieure, la mort rapide permit de porter le diagnostic rétrospectif de rétrécissement par compression néoplasique. Nous en donnons ci-dessous l'observation.

Mme B..., née Be..., 50 ans.

La malade est envoyée par le Docteur Denis, de Mâcon, en février 1924 pour un néoplasme du col utérin ayant débuté en avril 1923.

La malade a été mariée, a eu 3 enfants.

L'affection remonte au mois d'avril 1923. A cette époque, la malade a présenté des pertes blanches, jaunâtres, fétides. Depuis quelques semaines, il s'y ajoute des douleurs lombaires avec irradiations au niveau de la cuisse et la jambe droite.

Au toucher, le 9 février 1924 (Docteur Santy), on note : le col est occupé par une large ulcération bourgeonnante, propagée vers les culs-de-sac à sa périphérie. Le col est presque détruit et l'ulcération occupe tout le fond du vagin, mais le paramètre paraît envahi à droite, légèrement à gauche. Pas de progression vers les ligaments utéro-sacrés ; l'ensemble est mobile. Au spéculum, vaste cratère à bords ulcérés avec centre bourgeonnant.

Biopsie (Docteur Dunet). — Epithélioma malpighien à type épidermoïde lobulé avec de nombreux

globes cornés, mitoses nombreuses, stroma conjonctif scléreux.

Traitement. — Le 11 février 1924, application de 2 bouchons contenant chacun 3 tubes de 13,2 milligrammes de radium-élément, au contact des lésions au niveau du vagin, pendant 5 jours (72 millicuries détruites).

Le 26 mars, on note que l'ulcération s'est mobilisée, que le volume de la masse totale a diminué de moitié, mais il persiste toujours une ulcération cervicale. L'insertion des culs-de-sac sur le col est indurée, mais plus souple à la périphérie.

La malade est revue en septembre 1924, elle se plaint de gêne de la défécation.

A l'examen, le vagin présente un état cicatriciel. Les culs-de-sac sont normaux, mais au niveau du rectum, le doigt sent une stricture à la partie moyenne de l'ampoule, donnant l'impression d'une cicatrice de brûlure. Etat général assez bon.

En mars 1925, on note que le vagin paraît obturé avec des parois souples et que la malade se plaint de douleurs rectales avec gêne de la défécation.

Au toucher combiné, on sent un rétrécissement cicatriciel paraissant sous-muqueux, à la partie moyenne de l'ampoule avec infiltration des ligaments larges dont il est difficile de dire s'il s'agit de sclérose ou de néoplasme.

En décembre 1925, la malade se plaint de souffrir pour aller à la selle ; de plus, gêne des mictions, douleur abdominale à droite, œdème de la cuisse droite.

A l'examen, il persiste un anneau de sténose cica-

tricielle avec induration surtout marquée à gauche, admettant l'index coiffé d'un gant.

Au toucher vaginal, pas d'ulcération utérine, mais le *cul-de-sac est refoulé par une masse indurée perçue dans le flanc droit jusqu'à l'ombilic.*

La malade n'est plus revue ; elle meurt en mars 1926 après de vives souffrances.

Chez nos autres malades, au contraire, l'état objectif de la sténose rectale, la conservation de l'état général, l'absence de troubles fonctionnels, soit du côté rectal, soit du côté génital, longtemps après le traitement radiumthérapique permet, à notre avis, d'éliminer l'hypothèse d'une extension néoplasique aux ligaments utéro-sacrés, aux parois rectales, et d'adopter celle, plus vraisemblable, de cicatrisation de lésions inflammatoires.

CHAPITRE VI

Traitement

Au point de vue thérapeutique, les sténoses rectales post-radiumthérapiques se présentent de façon un peu particulière en raison de leur étiologie spéciale. Il ne saurait être question, en effet, chez des malades à tissus irradiés, exposés d'ailleurs d'un jour à l'autre à la récurrence de leur néoplasme, d'entreprendre des traitements chirurgicaux longs, compliqués, et de plus, aléatoires dans leurs résultats. Les rectotomies externes, les amputations intrasphinctériennes du rectum sont donc, à priori, inapplicables à de tels cas. D'autre part, la dilatation simple a donné, on le sait, de nombreux déboires dans les rétrécissements rectaux ; il en est de même de la rectotomie interne, aveugle, dangereuse, et qui serait spécialement illogique ici, en face de sténoses péri-rectales. L'anus contre nature, enfin, méthode excellente dans les rétrécissements inflammatoires où elle est le meilleur pallia-

tif et permet tous les traitements ultérieurs, ne trouverait ici son indication que dans des cas de sténose très serrée, indilatable ; nous n'en avons pas rencontré.

C'est pourquoi, en présence de ces cas de sténose post-radiumthérapique, on a pensé que le seul traitement dont ils relevaient était celui qui est déjà fréquemment appliqué aujourd'hui pour les rétrécissements du rectum d'origine bacillaire ou spécifique, et qui a donné, dans ces lésions si rebelles à la thérapeutique, de bons résultats. Nous voulons parler de la diathermie. Cette méthode a fait, au cours de ces dernières années, l'objet de nombreuses publications de BARBILIAN, BENSAUDE et MARCHAND, BAPPO, LÉVY, PICARD, qui ont exposé les excellents résultats obtenus dans les rétrécissements gonococciques et spécifiques. Dans les rétrécissements de cette nature, on le sait, la diathermie agit presque uniquement sur la lésion fibreuse constituée, et n'a qu'un effet négligeable sur la lésion encore en voie d'évolution ; de telle sorte que les résultats sont d'autant meilleurs et d'autant plus durables que l'on s'adresse à un rétrécissement ancien, ayant fini d'évoluer et qui n'est plus, en conséquence, le siège d'un processus inflammatoire évolutif. Il est facile de comprendre, en effet, que la dilatation obtenue par la diathermie sera de courte durée si le rétrécissement est dû à une maladie encore en évolution, et qui aura tendance à reproduire la sténose dès que le traitement sera interrompu.

Dans le cas qui nous intéresse, il n'en est pas de même, la cause de la sténose est en quelque sorte accidentelle, due à la curiethérapie. Quelques mois après

l'application de radium, la sténose est constituée définitivement. Il semble en conséquence qu'on soit alors en droit d'attendre du traitement diathermique un résultat durable. Ce traitement a donc été appliqué à deux des malades qui font l'objet de notre thèse. La troisième n'a pas voulu accepter un nouveau séjour à l'hôpital et n'a pas été traitée.

Au point de vue de la technique d'application diathermique, on a utilisé celle qui est employée d'habitude pour le rétrécissement rectal, quelle que soit son origine. La malade est placée sur une table dans le décubitus dorsal ; un fil en Y, relié d'un côté à une des bornes de l'appareil, va par les 2 autres branches de l'Y se fixer à 2 larges électrodes d'étain appliquées soigneusement sur l'abdomen et sous la région lombaire de la malade. L'autre borne donne naissance à un fil qui, par l'intermédiaire d'une pince de fixation, est relié à une bougie d'Heggar assez fine pour être admise sans forcer par le rétrécissement ; suivant la dilatation rapidement obtenue, le numéro de la bougie est changé à chaque séance. Il n'y a aucun intérêt, semble-t-il, à forcer sur le rétrécissement, car le résultat, donné par cette dilatation mécanique ainsi produite, est tout à fait négligeable.

Nos malades ont été soumises à des séances quotidiennes au début, puis espacées d'un jour à deux, les séances ont été d'une durée de 30 à 45 minutes et les malades ont admis sans douleur 1000 à 1500 milliampères. La seule sensation accusée par les malades a été une sensation de chaleur à peine pénible et une certaine lassitude après la séance. Il a fallu de 10 à 15

séances pour obtenir un résultat satisfaisant, c'est-à-dire une dilatation admettant une bougie n° 20 ; au-delà de ce numéro, il semble que la dilatation s'obtienne beaucoup plus lentement.

Dans les deux cas que nous citons, la dilatation obtenue dans ces conditions paraît s'être maintenue depuis un an pour l'une, huit mois pour l'autre, après le traitement diathermique. Les malades n'accusent plus de troubles fonctionnels intestinaux.

Conclusions

I. — Parmi les accidents qui peuvent marquer les suites du traitement radiumthérapique du cancer du col utérin, il existe, dans une faible proportion de cas, des sténoses rectales d'apparition tardive, qui peuvent constituer une véritable séquelle dans des cancers cliniquement guéris.

II. — Ces sténoses — qu'il faut bien distinguer des cas de compression du rectum par extension secondaire des lésions néoplasiques récidivées autour du canal rectal — ne sont pas, dans les cas rencontrés par nous, des rétrécissements consécutifs à des lésions de radiodermite de la muqueuse, mais de véritables sténoses péri-rectales par production de lésions cicatricielles autour du tube intestinal.

III. — Il s'agit là d'une lésion rare, rencontrée dans 2 à 3 pour cent des cas traités. Les conditions étiologiques sont assez peu nettes ; elles semblent en relation plutôt avec les caractères anatomiques du néoplasme antérieurement à l'application des agents physiques qu'avec le mode, la dose et la durée d'application de ceux-ci.

IV. — De symptomatologie en général atténuée, ces sténoses peuvent facilement passer inaperçues en dehors du toucher rectal systématique. Dans certains cas, elles donnent pourtant des signes assez nets pour attirer l'attention et provoquer la recherche de leurs signes physiques.

V. — La thérapeutique de ces lésions, lorsque leur nature non néoplasique a été bien établie, est simple et efficace. Elle consiste dans la dilatation diathermique, qui amène rapidement l'amélioration nette des signes fonctionnels et l'assouplissement de l'anneau de sténose.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BERARD.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 23 Mai 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- BAILEY. — Nouvelles observations sur le traitement du cancer de l'utérus par le radium. (*The American journal of Obstetrics and Diseases of Women and children*, 1919, T. LXXX, n° 3, p. 300 à 328).
- The use of radium in gynecological diseases (*The American journal of Obstetrics*, New-York, 1917, T. LXXV, p. 556-568 et 678-684).
- BAPPO. — Traitement diathermique des rétrécissements du rectum. (*Thèse Paris*, 1927).
- BARBILIAN. — (*Presse médicale*, 4 mars 1925, n° 18, p. 286).
- BENSAUDE et MARCHAND. — Un traitement particulièrement efficace du rétrécissement inflammatoire du rectum (*Presse médicale*, 2 décembre 1925, p. 1588).
- BAUD (C.-J.). — Les complications infectieuses de la curie-thérapie des cancers de l'utérus (*Thèse Paris*, 1923).
- CLARKE (J.-G.). — The therapeutic use of radium in gynecology (*Chicago-Surgery, gynecology and obstetrics*, 1918, T. XXVI, p. 619-624).
- DUVAL. — Précis de Pathologie chirurgicale, vol. IV, Paris, Masson, 1928.
- GRANCLAUDE et LIÉGEOIS (M.). — Contribution à l'étude bactériologique des états infectieux dans le cancer du col de l'utérus (*Presse médicale*, XXXVI, n° 80, p. 1271, 1928).
- JOACHIMOWITZ. — Les rétrécissements du rectum au cours d'affections gynécologiques (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, T. CCVIII, 1928, p. 263-275).

- KOHLMAN (W.). (New-Orléans). — Radium et cancer de l'utérus (*Surgery, gynecology and obstetrics*, 1921, vol. XXXIII, p. 158-162).
- KOLDE (W.). (Magdebourg). — Contribution au traitement des lésions du rectum consécutives aux irradiations (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1922, T. XLVI, p. 576).
- LÉVY (A.). — Traitement par la diathermie des rétrécissements inflammatoires du rectum (*Thèse Paris*, 1926).
- PICARD (H.). (Berlin). — Le traitement des rétrécissements du rectum par la diathermie (*Zentralblatt für chirurgie*, T. LII, 1925, p. 1709).
- ROUSSY (G.) et LEROUX (R.). — A propos de l'action du radium dans le traitement du cancer du col de l'utérus (*Revue de chirurgie*, 1922, T. LX, p. 499).
- REGAUD et MUTERMILCH. — Influence de l'infection microbienne secondaire sur les résultats de la radiothérapie des cancers, notamment du cancer cervico-utérin (*C. R. Société de Biologie, Paris*, 1922, T. LXXXVII, p. 1264).
- WALLON. — Comment combattre les complications infectieuses de la curiethérapie des cancers utérins (*Presse médicale*, T. XXXVI, p. 1061, 1928).
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Définition - Historique	13
<i>Chapitre II.</i> — Observations	17
<i>Chapitre III.</i> — Etiologie et Pathogénie	25
<i>Chapitre IV.</i> — Symptomatologie.....	35
<i>Chapitre V.</i> — Diagnostic.....	41
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement.....	47
Conclusions	51
Bibliographie	53



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

° 42, QUAI GAILLETON °

• • • • • LYON • • • • •



